In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

LA FACULTÉ .Net

SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

Diagnostic et prise en charge de la pré éclampsie

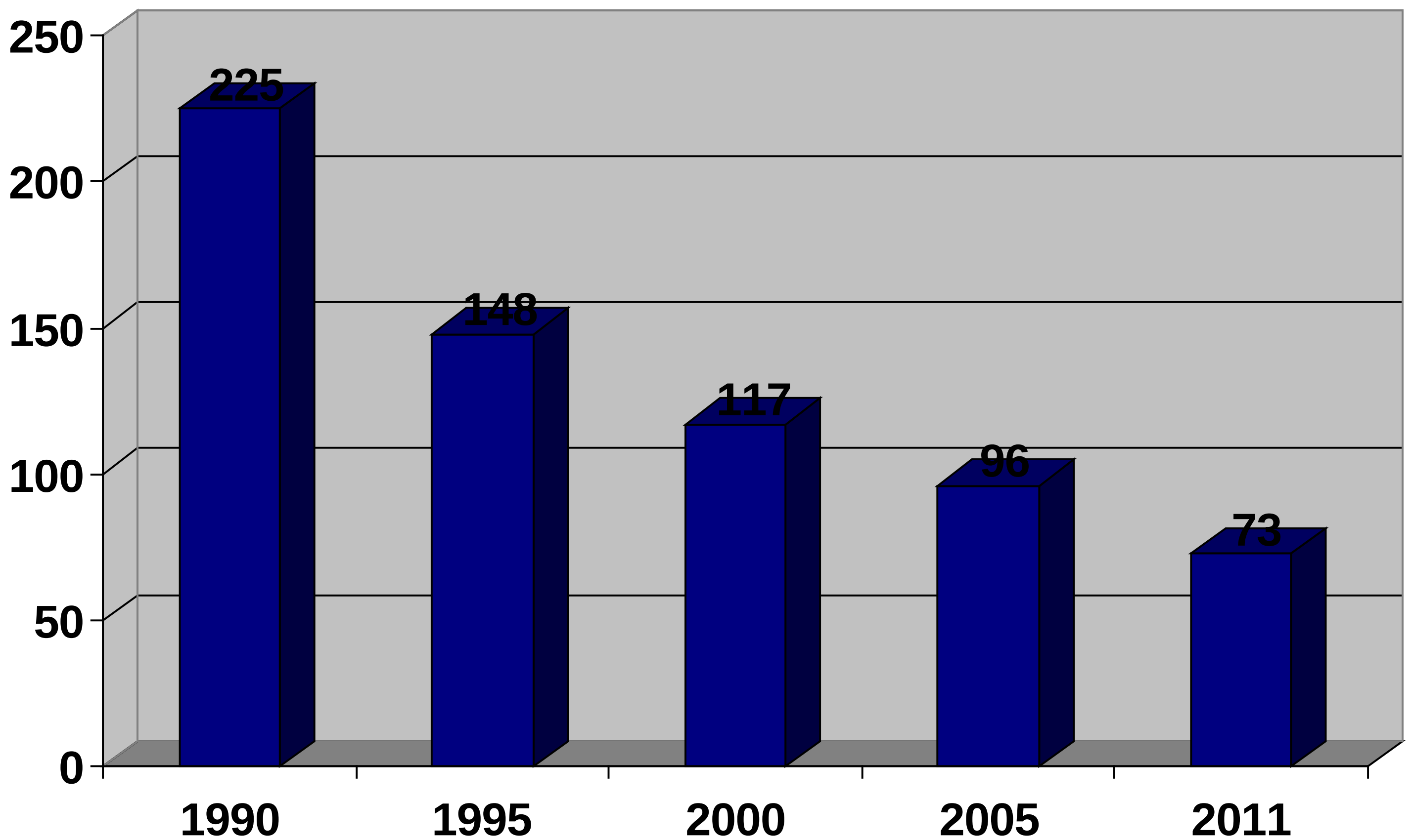
Dr. Ziani

Dr.Chahbib

Introduction:

Les pathologies hypertensives de la grossesse, et plus particulièrement la pré éclampsie, représentent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité maternelle dans le monde.

Taux de mortalité maternelle en Algérie



INSP

Etiologies de la mortalité maternelle en Algérie

- Causes obstétricales:71%
  - Hémorragies: 16.6%
  - **Complications liées à l'HTA: 14.4%**
  - septicémies puerpérales: 14.1%
  - Dystocies: 12.2%
  - Anomalies du placenta:5%
  - Complications d'un avortement: 1.1%
  - Autres causes obstétricales:
- Causes non obstétricales:28%

Enquête sur la mortalité maternelle INSP 2001

Complications maternelles

Liées à l'HTA sont:

- Eclampsie , AVC.
- HELLP syndrome.
- Hématome retro placentaire .
- Insuffisance rénale .
- Œdème aigu du poumon .
- Hématome sous capsulaire du foie .

Complications fœtales

- Retard de croissance intra utérin.
- Souffrance fœtale .
- mort fœtale in utero .
- Prématurité .

Définitions

- HTA gravidique:
  - PAS ≥ 140 et/ou PAD ≥ 90 mm hg
  - Survenant après 20SA
  - Disparaissant avant la fin de la 6ème semaine du post partum.

- **Pré éclampsie:**
  - PAS ≥140 et /ou PAD ≥ 90mmHg
  - Protéinurie ≥ 300mg/24 heures
  - Survenant après 20SA et disparaissant avant la fin de la 6ème semaine du post partum
- **Pré éclampsie précoce:** si elle survient <32SA

- **HELLP syndrome:**
  - Hémolyse
  - Cytolyse hépatique
  - Thrombopénie

- **Crise d'éclampsie:** crise tonicoclonique en rapport avec une pathologie hypertensive de la grossesse .

Comment reconnaitre une pré éclampsie

Anamnèse: facteurs de risque

- Facteurs familiaux et génétiques .
  - Antécédents de pré éclampsie chez la mère ou la Sœur (risque x2-5).
  - Antécédents de pré éclampsie lors d'une première grossesse (risque x7).

Prise en charge multidisciplinaire de la pré éclampsie 2009.F.Goffinet

- **Facteurs physiologiques:**
  - Âge: ≥ 35 ans (risque x2-4)
  - Origine ethnique

- Facteurs immunologiques:
  - Primigeste (risque x 4-5)
  - Primipaternité+++
  - Période pré conceptionnelle courte

- Facteurs liés à la grossesse
  - Grossesses multiples (risque x3)
  - Anomalies chromosomiques du fœtus
  - Mole hydatiforme

- Facteurs liés à des pathologies maternelles:
  - HTA chronique
  - Diabète (risque x3.5)
  - Obésité: IMC>30 (risque x2)
  - Maladies auto immunes: SAAPL,...
  - Thrombophilie
  - Maladies rénales

- Facteurs environnementaux:
  - Altitude
  - Style de vie: Stress, travail

Ces facteurs de risque sont loin d'expliquer l'ensemble des pré éclampsies et ne permettent pas de prédire de manière pertinente cette pathologie .

Anamnèse: signes fonctionnels

- Céphalées pénibles et persistantes
- Bourdonnements d'oreille
- Somnolence inhabituelle
- Flou visuel
- Douleurs abdominales, Nausées, Vomissements

Examen clinique

Temps essentiel+++

Certains examens et actes doivent être réalisés lors de chaque consultation

- **Pesée** à chaque consultation:

Une prise de poids excessive

est évocatrice



- **Œdèmes:**

  - des membres inferieurs,

Surtout d'apparition brutale



-Parties non déclives :

mains, visage



- Prise de la TA:
  - Patiente au repos, assise
  - Taille du brassard adaptée
  - Plusieurs mesures espacées dans le temps



- **Bandelette urinaire:**

  Positive si ++



- **Mesure de la hauteur utérine:**

Si insuffisante suspecter un RCIU ,oligoamnios ou MFIU→demander une échographie .

- Auscultation des BCF

- Le reste de l'examen systématique de la grossesse: examen au speculum, TV,...
- Demande d'examens complémentaires: bilan sanguin ,échographies, cardiotocographies.

Il est recommandé d’informer les femmes enceintes sur la nécessité de consulter sans délai dés l’apparition des signes d’alerte, même en l’absence d’antécédents particuliers .

Diagnostic positif

PAS ≥ 140 et/ou PAD ≥ 90 mmHg

Protéinurie ≥ 300 mg/24 heures

Evaluation initiale

Evaluation initiale:

Devant toute pré éclampsie, une évaluation de l'état maternel et du fœtus doit être réalisée rapidement. Cette évaluation permet de grader la pré éclampsie en sévère ou peu sévère, et d'orienter la prise en charge en tenant compte du terme.

Evaluation initiale

- **Maternelle**
  - Clinique :
    - Contrôle de la PA initiale
    - Recherche des signes fonctionnels
    - Prise du poids
    - Début du recueil des urines

CNGOF 2001

- Biologique :
  - NFS: Hb, plaquettes
  - Frottis sanguin
  - Bilan d'hémostase
  - Bilan rénal
  - Bilan hépatique
  - le groupe sanguin

- **Fœtale**
  - Rythme cardiaque fœtal
  - Recherche des mouvements actifs
  - Échographie :Biométrie, estimation pondérale, Estimation semi-quantitative de la quantité de liquide amniotique
  - Doppler des artères ombilicales ± doppler veineux

Critères définissant une pré éclampsie sévère

- **Maternels:**
  - HTA sévère: PAS ≥ 160 et /ou PAD ≥ 110
  - Atteinte rénale:- oliguric<500ml/24h

    -Créatinine>135mmol/l

    -Protéinurie>5g/jour
  - OAP, barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
  - Eclampsie ou troubles neurologiques rebelles
  - Thrombopénie<100000
  - HRP

SFAR 2008-CNGOF 2009

- **Fœtaux**
  - un retard de croissance intra-utérin sévère
  - un oligoamnios
  - Diastole nulle ou inversée

Comment prendre en charge une pré éclampsie

- **Le seul traitement curatif de la pré éclampsie demeure l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta.**
- **Mettre en balance le risque périnatal et le risque de complications maternelles**

- Une PE sévère au delà de 34 SA est une indication à l'arrêt de la grossesse.
- En cas de PE non sévère au-delà de 36 SA, il faut envisager d'interrompre la grossesse

SFAR 2008-CNGOF 2009

Dans cet esprit de balance des risques, des critères maternels et fœtaux qui excluraient ou interrompraient l'attitude conservatrice en cas de pré éclampsie sévère ont été établis (après une corticothérapie préventive, lorsque cette dernière est possible)

Contre-indications à l'expectative dans la pré éclampsie sévère

- Maternelles:
  - Immédiates:
    - HTA non contrôlée
    - Eclampsie
    - OAP
    - HRP
    - Thrombopénie<50000
    - Hématome sous capsulaire du foie

SFAR 2008-CNGOF 2009

- Après corticothérapie
  - Insuffisance rénale et/ou oligurie <100ml/4h persistante
  - Signes d'imminence d'éclampsie persistants
  - HELLP syndrome ou douleur épigastrique persistante

- **Fœtales**
  - Rythme cardiaque fœtal pathologique
  - Retard de croissance intra-utérin sévère
  - Oligoamnios sévère
  - Doppler pathologique: diastole nulle ou inversée, anomalie du doppler veineux.

En cas d’attitude conservatrice

- Hospitalisation
- Débuter le traitement anti hypertenseur selon les chiffres tensionnels
- Il est recommandé de débuter la corticothérapie, à un terme adapté, pour maturation fœtale le plus précocement possible

- L'expansion volémique systématique n'est pas recommandée car il n'a pas été démontré une amélioration du pronostic maternel ou néonatal et elle peut induire un OAP.
- L'expansion volémique prudente est possible en cas de chute brutale et significative de la pression artérielle lors de l'introduction des médicaments vasodilatateurs.

SFAR 2008- CNGOF 2009

- En cas de PE sévère, la prévention de la crise d'Eclampsie par du MgSO4 est recommandée devant l'apparition de signes neurologiques (céphalées rebelles, troubles visuels) et en l'absence de contre-indication (insuffisance rénale, maladies neuromusculaires).

SFAR 2008- CNGOF 2009

Traitement médicamenteux

A. Antihypertenseurs d'action centrale :

- Clonidine (Catapressan): TRT d'attaque des urgences hypertensives et HTA sévère qui imposent une voie d'abord parentérale de courte durée.
- Uradipil: alpha1 bloquant.
- Methyldopa (Aldomet).Trt de choix; sure et validée.

B. Antihypertenseurs d'action périphérique:

- Dihydralazine (Nepressol).
- Inhibiteurs calciques.
- B bloquants ou alpha beta bloquant(Labetalol; trandate).

Surveillance:

- **Maternelle**
  - Clinique :
    - Contrôle de la PA toutes les 4 heures sauf la nuit ou HTA sévère (> 160/110 mmHg)
    - Recherche quotidienne des signes fonctionnels
    - Contrôle du poids
    - Mesure quotidienne de la diurèse

- Biologique :
  - Bilan biologique sanguin tous les 2 jours : hémoglobine, plaquettes, TP,TCA, fibrinogène, créatinine, ASAT,LDH, bilirubine totale
  - Quantifier la protéinurie des 24 heures tous les 2 jours.

- **Fœtale**
  - Rythme cardiaque fœtal, 2 ou 3 fois par jour
  - Évaluation quotidienne des mouvements actifs
  - Échographie 2 fois par semaine
  - Doppler des artères ombilicales ± doppler veineux

Suivi du post partum

- Après l'accouchement, il est recommandé d'effectuer une surveillance stricte clinique et biologique pendant au moins 48 heures:
  - une surveillance rapprochée de la pression artérielle avec adaptation thérapeutique.
  - l'évaluation quotidienne du poids et de la diurèse.

- Pour les femmes présentant une défaillance organique, une hospitalisation en secteur de réanimation est recommandée.
- Une surveillance tensionnelle bi-hebdomadaire et une consultation chez un médecin sont recommandées dans les 2 à 3 premières semaines du post-partum

- Lors de la consultation postnatale, il est recommandé de vérifier la normalisation tensionnelle et la disparition de la protéinurie.
- Si l'HTA et/ou la protéinurie persistent après l'accouchement, il est recommandé de prendre un avis médical spécialisé.

- Il est recommandé de rechercher des anticorps anti phospholipides après une pré éclampsie sévère et précoce.
- un bilan de thrombophilie héréditaire, réalisé dans l'un des cas suivants :
  - antécédents personnels ou familiaux de maladie veineuse thromboembolique,
  - PE précoce,
  - association à un RCIU sévère, à un HRP ou à une mort fœtale in utero.

- Un suivi spécialisé précoce est recommandé pour les grossesses ultérieures(<14SA)
- La prévention de la PE par l'aspirine à faible dose (75-160 mg/j) est recommandée chez les patientes à haut risque et doit être instituée avant 20 SA
- La réalisation dans un but prédictif de PE, du Doppler des artères utérines n'est envisageable que chez les patientes à haut risque.

Conclusion:

- Une des principales causes de mortalité maternelle.
- Intérêt du diagnostic et prise en charge adaptée.